# الفصل الثالث

# فحص الوساوس والأفعال القهرية

# Obessions and Compulsions Investigation

P. de Silva ب . دى سيلفا

# الفصل الثالث
# فحص الوساوس والأفعال القهرية
## پ . دى سيلڤا P. de Silva

## مقدمة :

تندرج الوساوس والأفعال القهرية فى التصنيفات السيكاترية تحت المصطلح التقليدى «عصاب الوسواس القهرى » . وعصاب أو اضطراب الوسواس القهرى هو أحد اضطرابات القلق المتعددة ، وتبين الدراسات الوبائية الحديثة أن هذا الاضطراب شائع على نطاق أوسع كثيراً مما كان يعتقد، وهناك تقارير تشير إلى أن انتشاره على امتداد العمر يصل إلى ٣ بالمائة لدى مجموع السكان ( Karno et al ., 1988 ; Robins et al., 1984 ) وظاهرة الوسواس القهرى شديدة الوضوح للدرجة التى يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد (انظر : de silva , 1992 ; de silva and Rachman , 1992 ; Emmelkamp , 1982 ; Rachman and Hodgson , 1980 ) وقبل فحص تعريفات الوساوس والأفعال القهرية ، كما تظهر لدى المرضى الذين يوصفون بأنهم عصابيون وسواسيون يتعين التوقف عند نقطة خاصة بالشخصية الوسواسية . فسمات مثل الإفراط فى النظافة ، والتدقيق فى التفاصيل التافهة ، والإتقان ، والحاجة الشديدة للنظام ، والتصلب وعدم الحسم والتى يطلق عليها دون تمعن اسم وسواسية ، توجد فى الواقع لدى اشخاص أسوياء ، وعندما تظهر هذه الملامح فى شكل تجمع لدى شخص ما يستخدم فى وصفه تعبير الشخصية الوسواسية ، وهذه الخصائص لدى الشخصية الوسواسية ليست بالضرورة عصاباً للوسواس القهرى ، كما أن المرضى الوسواسيين القهريين ليسوا بالضرورة شخصيات وسواسية مبكرة من هذا النوع . هذا على الرغم من وجود بعض التداخل بين الفئتين . ( Pollack , 1979 ; Rachman and Hodgson , 1980 ) .

## تحديد ملامح اضطراب الوسواس القهرى :

يصف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM- III - R) الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية فى طبعته الثالثة المنقحة ( ١٩٨٧ ) اضطراب الوسواس القهرى ، من خلال تضمنه للخصائص الآتية :

١ - الخصائص الجوهرية فيه هى التواتر المستمر للوساوس والأفعال القهرية ولتشخيصيه يجب أن يكون لدى الشخص إما وساوس أو أفعال قهرية .

٢ - أن تكون هناك وساوس متكررة بشكل مستمر وأفكار ، لايمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تقتحم الشعور ، وهى حالات تشير الخبرة أنها ليست وليدة الإرادة ، كما أنها تبدو بغيضة وغير معقولة وتجرى محاولات لتجاهلها أو كبتها .

٣ - تبدو الأفعال القهرية متكررة وفى شكل سلوك هادف وتمارس ، وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وهى تظهر وتمارس بإحساس بقهر الذات وبرغبة فى المقاومة ، وهذا السلوك غير

مقصود فى حد ذاته ولكنه يهدف إنتاج بعض الأحداث والمواقف أو منع حدوثها . وعلى أى الأحوال فإن هذا النشاط لا يرتبط بطريقة واقعية بما يهدف تحقيقه أو منعه أو بأنه مفرط بشكل واضح . وعموماً فإن الشخص يلاحظ عدم عقلانية هذا السلوك ، ولا يشعر بمتعة فى ممارسته ، على الرغم من أنه يؤدى إلى خفض التوتر .

٤ - تسبب الوساوس والأفعال القهرية عجزا فى أداء الشخص ، كما تؤدى إلى ابتئاسه ، أو إلى أحد هذين الأمرين .

٥ - لا ترد الوساوس والأفعال القهرية لأى اضطرابات آخرى مثل الفصام أو زملة العطب العضوى أو الأضطرابات الوجدانية الكبرى ، وهناك موافقة عامة بين أغلب الممارسين على هذه الملامح الواردة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث

(مثال ذلك : Emmelkamp et al. , 1992 )

## الوســـــاوس

الوساوس أفكار مقتحمة وغير مرغوبة ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها ، وهى عموماً مقاومة، وتتصف أيضاً بكونها داخلية المنشأ ( Rachman and Hodgson , 1980 ) وفيما يلى بعض الأمثلة الاكلينيكية لها :

١ - امرأة شابة لديها فكرة متكررة الاقتحام حول أن زوجها سيموت فى حادث سيارة ، كما أن لديها صورة ذهنية شديدة الوضوح مصاحبة لهذه الفكرة .

٢ - رجل لديه شك مقتحم ومتكرر ، وهو أنه سيصرع رجلاً ما أثناء عبوره الطريق .

٣ - امرأة شابة متزوجة لديها شعور قهرى مقتحم ومتكرر لكى تشنق الأطفال والحيوانات ، ويتلو ذلك فكرة أو شك فى أنها ربما فعلت ذلك من قبل بالفعل .

٤ - رجل لديه شعور قهرى مقتحم لكى يجهر علانية وبصوت مرتفع بأقوال بذيئة وسط الناس ، أو أثناء المناسبات الدينية .

٥ - شاب لديه صورة ذهنية مقتحمة ومتكررة أنه سيهاجم والديه العجوزين بعنف ويضربهما بفأس ، وتتضمن هذه الخبرة صوراً ذهنية لضحايا ، ودم يسيل ، وإصابات وجروح تنتج .

وعادة ما يرتبط مضمون الوساوس بالتلوث والعنف والعدوان والأذى والمرض والنظام والجنس والعقيدة وبالشك الشامل ، وعلى الرغم من هذا فإن الوساوس المرتبطة بأشياء غير معتادة وتبدو تافهة تظهر أيضاً (Akhtar et al, 1975 ; Khanna and Channabasavanna , 1988 ; Rachman and Hodgson , 1980; Rasmussen and Tsuang, 1986 ) ومما يستحق الذكر أيضاً أن أغلب الأشخاص الأسوياء لديهم مثل هذه الأفكار غير المرغوبة والوساوس المقتحمة ، إلا أنها أقل كثافة وأقل تكرارا ، كما أنها لا تتسبب فى إعاقتهم أو تؤدى لقنوطهم ( Rachman and de silva, 1978 ; Salkovskis and Harrison , 1984 )

## الافعال القهرية :

تتسم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو فى صورة سلوك غرضى وهى تمارس ، أو تصاحب

بإحساس ذاتى بالقهر ، ويقاومها الشخص عموما ، وهى تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها ، فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص .

ويعد السلوك الطقسى من الأفعال القهرية والشائعة ، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة ، وتتضمن أنماط السلوك القهرى الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب ، واحياناً ما يتضمن ذلك عددا معينا ، وفى هذه الحالة يمارس السلوك بهذا العدد المعين من المرات . ويمكن تقديم بعض الأمثلة الأكلينيكية التالية :

١ - امرأة شابة تشعر أنها اتسخت فى كل مره تلمس فيها مقبض باب ، أو نقود ... إلخ ، وتقوم بغسل يديها جيدا مرات متكررة وفق طقوس تفصيلية .

٢ - شاب يقوم بالمراجعة والتأكد مما إذا كان قد أوصد الأبواب والنوافذ والدواليب والأدراج وغيرها ، فى كل مرة يغادر فيها حجرته أو منزله ، وهو يقوم بذلك سبع مرات .

٣ - رجل يقوم بفتح الخطابات التى كتبها وأغلق مظاريفها ليتأكد أنه كتب الأشياء الصحيحة ، لذا فهو يعيد تمزيق المظروف أو فتحه وإعادة قراءة الخطاب ثم وضعه فى مظروف جديد ، وهو يقوم بذلك عدة مرات ، قبل أن يرسل الخطاب الواحد .

٤ - رجل لديه سلوك قهرى يجعله يعيد لمس أى شىء لمسه بيده اليمنى بيده اليسرى والعكس بالعكس .

٥ - امرأة فى الأربعينيّات من عمرها تشكو من أنها فى كل مرة تدخل فيها أى حجرة ، تقوم بلمس أركان الحجرة الأربعة بادئة من اليسار إلى اليمين .

## السلوك القهرى : المكشوف والمضمر

كانت كل الأمثلة السابقة خاصة بالسلوك القهرى المكشوف ، اى ذلك الذى يكون ملحوظاً من الآخرين ، ويتضمن جميعها أداءاً حركيًا ، والواقع أن هناك إفتراض عامًا أن السلوك القهرى مكشوف وحركى ، بينما الوساوس مضمرة ومعرفية ، وتشجع الأوصاف والتصنيفات التقليدية هذه الطريقة فى تعريف الوساوس والسلوك القهرى . وعلى أى الأحوال .. فمن الواضح أن هذا المنظور غير صحيح ( de silva and Rachman , 1992 ; Foa and Tillmanns,1980; Kozak et al ., 1988 a ) فالأفعال القهرية قد تأخذ بالمثل شكل السلوك المضمر ، ونضع فى اعتبارنا هذ الأمثلة : أمرأة فى منتصف العمر كانت مبتئسة للغاية من كلمات بذيئة مقتحمة ، ترد بشكل متكرر إلى شعورها ، وهى تأتيها فى شكل صور ذهنية بصرية وينتج عن ذلك قيامها بممارسة طقوس مضمرة بأن تقول فى سرها الكلمات نفسها ولكنها تقوم بتغييرها إلى أخرى مقبولة ( تقول مثلاً : حسناً إلى الجحيم ) أربع مرات متتابعة .

والكثير من مرضى الوساوس القهرية ، لديهم قهر ذى طبيعة معرفية ومضمر مشابه للمثال السابق وليس حركياً أو مكشوفاً ؛ لهذا السبب يبدو من المفيد الابتعاد عن التمييز القائم على نوع الوسائط بين الوسواس والأفعال القهرية والتوجه إلى منحى وظيفى غير محدد ، تكون فيه الأفعال القهرية نشاطاً ينتج عن الإلحاح القهرى ، ويخدم الوظيفة النفسية ذاتها سواء أكان مكشوفاً أم مضمراً ، أى وظيفة خفض التوتر أو عدم الراحة لدى الشخص ، وعدم الراحة هذه تكون عادة ، وليس دائمًا ، نتيجة لوسواس سابق ، وبالتالى فإن شخصاً يعانى من خبره سيطرة فكره مثل « هل سبق أن قتلت قطة ؟ » ( وسواس ) ، ثم

يقوم بالنظر إلى يديه عشرة مرات ليرى إذا ما كانت ملطخة بالدماء ( سلوك قهرى ) بهدف التخلص من الشعور بعدم الراحة ، ويمكن مقارنة ذلك بشكل مباشر بحالة شخص تقتحم شعوره فكره ، « إن الله شرير » (وسواس) يعقبها أن يقوم فى صمت بتلاوة صلاة ( سلوك قهرى ) ليتخلص من الشعور بعدم الراحة ، وعلى أى الأحوال يتعين أن نذكر أن هذا التصنيف المقترح لا يمتد بمفهوم الوساوس ليتضمن شيئاً آخر غير الأحداث المعرفية . وقد اقترحت فوا وزملاؤها Foa أن تُعَّرف الوساوس بحيث تضمن الأفكار والصور الذهنية والأفعال ، التى تستثير القلق أو الشعور بعدم الراحة , Foa and Tillmanns ) 1980 : 417 ) . وعلى الرغم من أن مثل هذا الاقتراح يؤدى إلى إقامة علاقة تماثل بين الوساوس والأفعال القهرية .. إلا أن إدماج الافعال القهرية مع الوساوس غير مبرر ؛ ذلك أن الوساوس أحداث معرفية .

## العلاقة بين الوساوس والأفعال القهرية :

يتعين عدم أفتراض أن كل وسواس يؤدى إلى فعل قهرى ، أو أن كل فعل قهرى مسبوق بوسواس واضح ومميز . ولكى نقوم بفحص العلاقة بين هاتين المجموعتين من الظواهر ، سيكون من المفيد أن نضع فى اعتبارنا الوقائع ، التى توجد فى سياق خبرة وسواسية – قهرية والعلاقة بينهما .

ويحاول جدول (١ – ٣ ) : تقديم مثل هذا السياق .

**جدول ١ : ٣ السياقات الممكنة للأحداث في خبرة وسواسية – قهرية .**

| (أ) القدح أو الإثارة | (ب) وسواس | (جـ) الإحساس بعدم الراحة | (د) إلحاح قهرى | (هـ) سلوك قهرى | (و) خفض الإحساس بعدم الراحة |
|---|---|---|---|---|---|
| خارجى / | أفكار / | + | + | مكشوف | + |
| داخلى / | شكوك / | | – | مقنع | ؟ |
| لا يوجد | صور ذهنية / | | | لا يوجد | |
| | دفعة قهرية / | | | | |
| | لا يوجد | | | | |

+ = نعم

– = لا

وعلى هذا فإن .. وسواسًا يمكن أن يظهر مع منبه أو دون ، يمكن ان يكون أيضاً خارجياً ( مثال ذلك رؤية سكين : شك « ترى هل قتلت أحدا ؟ » ) أو داخلياً (مثال ذلك تذكر لقاء بشخص ما : الفكرة «هل أنا اطول منه أم لا ؟ ») وقد يأخذ الوسواس شكل الفكرة أو الصورة الذهنية أو الشعور القهرى أو مزيج منهما ، ويؤدى الوسواس عادة إلى عدم الراحة والقلق والقنوط ، وقد يؤدى ذلك إلى إلحاح للانشغال فى سلوك قهرى معين أو طقوس قهرية ، وقد يكون هذا السلوك إما مكشوفًا (مثل الاغتسال ) أو مضمراً (مثل القيام بعملية عد عكسية فى صمت). ويؤدى القيام بمثل هذا السلوك القهرى بشكل طبيعى إلى خفض الشعور بعدم الراحة ،على الرغم من إمكان وجود بعض الاستثناءات لذلك ( انظر Beech , 1971).

وقد يظهر السلوك القهرى أحياناً دون أن يكون مسبوقاً بوسواس ، مثال ذلك حالة رجل يتصادف أن تلمس يده جدار دورة مياه عامة فيندفع على الفور فى طقوس اغتسال ، ويمكن الزعم بالطبع أن لمس الحائط فى هذه الحالة أدى إلى إثارة الوسواس ( لقد تلوثت ، أشعر أننى قذر ) وهو ما يكون مسئولاً بشكل مباشر عن السلوك القهرى ، غير أنه من المشكوك فيه أن يكون أفتراض مثل هذه الخطوة مفيداً على أى وجه . فوفق كل الأغراض والأهداف قد تؤدى الاثارة دون وجود وسواس جيد التكوين والتميز الى شعور بعدم الراحة ، وبالتالى لإلحاح بالأنخراط فى السلوك الطقسى . وهذا ما يحدث على وجه الخصوص فى حالة السلوك القهرى المستمر ، الذى يكتسب على مدى السنوات صورة السجايا التى تشابه العادات .

وعلى هذا .. فإن الوساوس والأفعال القهرية قد يوجد أى منها فى غيبة الآخر ، على الرغم من أنهما يظهران عادة فى الممارسة معاً ، ويلتقى المرء كثيراً خلال الممارسة الأكلينيكية بمرضى ، يوصفون بأن لديهم وساوس فقط ( أفكار و آراء وسواسية ) ، ويؤدى التكرار المرتفع لمثل هذه الأوصاف لمحاولة المرء افتراض أن الوساوس دون أفعال قهرية متواترة للغاية ، وعلى أى الأحوال فالكثير من المرضى الذين يوصفون على هذا النحو ، لديهم فى الحقيقة أفعال قهرية مضمرة ، تتطلب الفحص الدقيق للكشف عن تفاصيلها .

## بعض الملامح الرئيسية الأخرى

### التجنب

هناك ملمح آخر مهم فى اضطراب الوسواس القهرى لا يظهر فى السياق المقترح ( جدول ١ - ٣ ) هو سلوك التجنب ، وهو يحتاج لأن يناقش هنا . وهناك الكثير من مرضى الوسواس القهرى غالبا ما يأخذ سلوك التجنب لديهم - فى بعض الحالات - شكل التجنب المعروف فى حالات المخاوف ( مثال ذلك : Rachman and Hodgson , 1980 : 94 ) . وكما يتعلق سلوك التجنب بالمنبهات ، يتعلق أيضاً بالسلوك الذى يتضمن إمكانة إطلاق الوساوس أو الأفعال القهرية وعلى سبيل المثال يناضل المرضى من أصحاب مشكلات التلوث / الاغتسال والتنظيف ؛ لتجنب ما يعتقدون أنه شيء قذر أو يحدث تلوثاً ، كما يناضل المرضى الذين يعانون من طقوس المراجعة والتأكد ؛ لتجنب المواقف التى تؤدى للمراجعة .

١ - مثال ذلك حالة امرأة شابة لديها خوف من التلوث من البراز والأشياء الأخرى القذرة ، الأمر الذى ترتب عليه انخراطها فى طقوس نظافة مسرفة ، كما بدأت أيضاً فى تجنب الأشياء والأماكن التى يحتمل أن تكون ملوثة مثل دورات المياة العامة ، والبالوعات وأغطية البالوعات ؛ ولأنه يصعب تجنب اغطية البالوعات فى الطرق ، أصبحت غير قادرة على الخروج للتمشية فى الطريق .

٢ - امرأة متزوجة تعانى من فكرة وسواسية أن لديها سرطانًا وبعد انقضاء أعوام من الفحوص لاكتشاف أعراض السرطان ، بدأت فى تجنب أى موقف تخشى أن تكتشف خلاله دلائل على وجود السرطان ، وبالتالى أصبحت غير قادرة على ترتيب سريرها فى الصباح ، وغير قادرة على النظر إلى ملابسها الداخلية المستخدمة خوفًا من أن تجد بقع من الدم تمثل بالنسبة لها علامة على المرض ، وأوقفت تمامًا الاستحمام بطريقة مناسبة نتيجة لخوفها من اكتشاف أورام وأشياء مشابهة فى جسدها .

ومثل هذا التجنب الشامل ليس من الأمور غير المعتادة لدى مرضى الوساوس ، ويمكن أن يشكل جزءاً من صورتهم الأكلينيكية .

## الخوف من الكوارث

يذكر هؤلاء المرضى كثيراً الخوف من الكوارث المترتبة على إهمالهم للسلوك القهرى ، والسبب الذى يبررون به قيامهم بهذا السلوك القهرى ، هو أنهم يتفادون به بعض المخاطر ، وهى مخاطر عادة ما تخص المريض أو المريضة نفسها ، أو واحداً ممن يحبونه . وفى بعض الحالات تكون الكارثة التى يخشونها والفعل الذى يرمون لتفاديها به لصيقين ، مثال ذلك العدوى من الجراثيم وغسل الأيدى ، غير أن مثل هذا الربط لا يمثل قاعدة عامة .

مثال ذلك حالة امرأة متزوجة تغسل يديها بطريقة قهرية فى كل مرة ، تسمع فيها أو تقرأ عن وقوع حوادث ، وهى تشعر أنها تحمى زوجها الذى يعمل مندوب مبيعات متجول من التعرض لحادث يودى به ، بواسطة غسل يديها .

## المقاومـــة

تقليديًا ، أعتبرت مقاومة الوساوس والأفعال القهرية خاصية محورية فى عصاب الوسواس القهرى ، فعلى سبيل المثال اعتبرها لويس Lewis (1936) الخاصية الرئيسية ، وعلى أى الأحوال .. فإن البحوث الامبريقية الاحدث ترى أن هذا الأمر غير صحيح على إطلاقه ( مثال ذلك : Stern and Cobb, 1978 ) ، فبينما يقاوم الشخص فى الغالب الوساوس والأفعال القهرية ، لا توجد مقاومة قوية لدى بعض المرضى ، ويبدو الأمر كما لو أن المرضى قد استسلموا تماماً ، وتوقفوا عن المقاومة بعد مقاومة الظاهرة غير المرغوبة فى المراحل الأولى من الاضطراب ( Rachman and Hodgson , 1980; Rasmussen and Tsuang , 1996 )

## السعى للحصول على التأكيدات

يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهرية للسعى الدائم ؛ للحصول على التأكيدات من أفراد الاسرة ، ودائماً ما تؤدى أفكار وسواسية ، مثل : « هل سأصبح مجنوناً ؟ » أو « هل أحتاج لمراجعة إغلاق الصنابير مرة أخرى ؟ » . إلى سعى المرضى لطلب التأكيدات ، وعندما يحصل المريض على التأكيدات التى يطلبها ، يشعر بالتحسن من حالة عدم الراحة ، على الرغم من أن هذا التحسن قصير الأمد ، ويتكرر طلب التأكيدات .

## المقاطعـــة

عندما ينخرط مرضى الوسواس القهرى فى سلوكهم القهرى .. فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بالدرجة من الدقة ، التى يعتقدون انه يجب أن يؤدى بها ، وإذا حدث أن قوطع هذا السلوك بواسطة شيء أو فكرة أخرى غير مرغوبة مثلا ، فتعد الطقوس غير مكتملة ، وتتطلب فى هذه الحالة بدءها من جديد . ويصبح هذا الأمر مستهلكًا للوقت بشكل متطرف ، فى حالة الطقوس القهرية الطويلة والمعقدة ( de silva and Rachman , 1992 ) .

## تأمل الأفكار

يعد تأمل الأفكار بقدر ما ظاهرة معقدة ، توجد أحيانًا فى اضطراب الوسواس القهرى ؛ فالمريض يحاول التفكير من خلال سؤال يطرحه على نفسه ، أو من خلال التفكير فى موضوع مثل « هل

توجد حياة بعد الموت ؟ أو « هل أنا سوى من الناحية الوراثية » ؟ » وهذا النوع من التفكير غير حاسم ومتواصل ومحبط ، ويقوم به المريض قهريا ، ودائماً ما تستثار الأفعال القهرية نتيجة لظهور الأفكار الوسواسية المتعلقة بها .

## الشكاوى الأكلينيكية العامة .

بينما تظهر فائدة التحليل السابق ، كما تظهر بالقطع أهميته الجوهرية للحصول على فهم مناسب للاضطراب وحدوده ، يبدو ضرورياً بالمثل النظر إلى الشكوى الأكلينيكية العامة لهؤلاء المرضى . وما يحدث عادة هو أن يأتى أحد الأفراد طالبا العون من معاناته من إعاقة ، تظهر من أحد الأعراض الرئيسية للاضطراب ، وهو العرض الذى يمثل المشكلة المهيمنة لدى هذا المريض . وبالتالى فبناء على الشكوى الأكلينيكية الأولية يتم تصنيف المرضى فى عدد قليل وملائم من الفئات المحددة ، وعلى أى الأحوال فمن الضرورى أن يوضع فى الاعتبار أن مثل هذا التصنيف مصطنع ، ويعتمد فقط على العَرض المسيطر فى المشكلة المقدمة ، ويتطلب الأمر تقييما كاملا لحالة الفرد ، قبل التوصل إلى وصف مناسب للمريض يسمح وحده ببدء العلاج .

## الفئات الرئيسية للتصنيف .

فيما يلى مثال لهذا التصنيف الملائم ، الذى يعتمد على المشكلات المهيمنة :

١ – فئة من لديهم مشكلات من نوع الأفعال القهرية مثل الاغتسال / النظافة .

٢ – فئة أصحاب الأفعال القهرية التى تأخذ صورة المراجعة والتأكد .

٣ – فئة من لديهم أنواع أخرى من الأفعال القهرية المكشوفة .

٤ – فئة اولئك الذين لا تتضمن مشكلاتهم الوسواسية القهرية أفعالاً قهرية مكشوفة .

٥ – فئة أولئك الذين لديهم وساوس بطء أولى .

## البطء الأولى

من الضرورى تقديم تفسير مختصر ، يوضح حالة المرضى الذين يوصفون بأنهم يعانون من وسواس بطء أولى، وقد وصف راخمان ( Rachman, 1974 ; Rachman and Hodgson , 1980 ) عددا قليلاً من المرضى الوسواسيين الذين يتصفون بالبطء ، غير أن هذا البطء ما هو إلا عرض ثانوى فى سلوكهم القهرى ، أو فى وساوسهم المتكررة ، والتى تصبح مستهلكة للوقت ، أما هؤلاء المرضى فهم بطيئون بطئاً أولياً ، وبطؤهم ليس نتيجة ثانوية مترتبة على الصعوبات الأخرى لديهم ، فالمهام البسيطة فى الحياة اليومية تستهلك منهم قدراً كبيراً من الوقت ، وهم يؤدون الأعمال المختلفة بطريقة صحيحة وموسوسة ، كما أنهم شديدو الأهتمام بالطريقة التى يؤدون بها هذه الأعمال ، والمجال الرئيسى الذى يتأثر بهذا البطء هو مجال العناية بالذات ، ويعتقد راخمان (١٩٧٤) وراخمان وهودجسون (١٩٨٠) أنه من الأفيد لهؤلاء المرضى معاملتهم بوصفهم مجموعة فرعية منفصلة من مرضى الوساوس القهرية ، وهناك عدد كبير من تقارير الحالة تدعم دعواهما هذه .

## المستبعدات

يبدو مبرراً هنا أن نقدم ملحوظة عن بعض المشكلات السلوكية الأخرى ، التى يطلق عليها اسم «قهرية » ، ولكنها لا تندرج تحت مفهوم الاضطراب موضوع اهتمامنا . ونقصد بها أشكال السلوك الإدمانى ( مثل إدمان الكحول ، إدمان المقامرة ) واضطرابات العادات ( مثال ذلك : قضم الأظافر ، والشد القهرى للشعر ) وعلى الرغم من الاستخدام غير المحددلتعبير « قهرى » ، إلاأن هذه النماذج عبارة عن مشكلات مختلفة عن الوساوس والأفعال القهرية ، كما عُرفت من قبل ، ولن يجرى تناولها هنا .

## التقـــــييم

### مقـــدمة

لا يختلف التقييم الأكلينيكى لاضطرابات الوسواس القهرى من حيث المبدأ عن تقييم سائر الاضطرابات الأخرى . والهدف منه هو الحصول على أكمل صورة ممكنة ، يمكن التوصل إليها للمشكلة، وذلك باستخدام اساليب متنوعة لجمع البيانات ، ومن الضرورى فحص كل من طبيعة الصعوبة ومداها وحدتها ودرجة الإعاقة التى سببتها ، والعوامل التى قد تكون متعلقة بتطورها الممكن . ويجب الحصول على بيانات كمية كلما كان ذلك متاحا ، ويتعين أن يكون المنحى التقيمى شاملا – وقد يكون من المفيد أن يتضمن تحليلاً سلوكياً كذلك الذى وصفاه – من بين كثيرين آخرين – كانفر وساسلو Kanfer and Saslow (1969) .

### المقابلة الأكلينيكية

تعد المقابلة الأكلينيكية المصدر الرئيسى لبيانات التقييم ، وعادة ما يكون مرضى الوساوس القهرية متعاونين ، وهم يقدمون وصفًا جيداً للصعوبات كما يرونها ، إلا أن أحدى المشكلات هى أنهم على عكس الكثير من مجموعات المرضى الأخرى ، يتحدثون كثيراً جداً ويقدمون عديداً من التفاصيل ؛ لذا فإن القوة الدافعة الرئيسية فى المقابلة يمكن أن تتأثر ، وبالتالى تتعطل العملية بالكامل . ويستغرق بعضهم وقتا طويلاً لتقديم الإجابات نتيجة لشكوكهم حول ما يقولونه ، والبعض الآخر يراجع مع القائم بالمقابلة عدة مرات إجاباته السابقة ؛ ليتأكد أنها لم تتضمن تفاصيل خاطئة . وبالتالى يصبح من المهم بالنسبة للفاحص أن يحافظ على قدرته على التحكم فى سير المقابلة . وأن يتبع أسلوباً مرناً ، ولكنه واضح فى الوقت نفسه .

### مجالات الفحص أثناء المقابلة

يتعين أن تهدف المقابلة للحصول على معلومات عن ماهية المشكلات الرئيسية ، متى وأين تظهر؟ ، كيف تؤثر فى حياة المريض وعمله ؟، كيف تتأثر بها أسرة المريض ؟، كذلك تعرف تاريخ المريض . ويمكن أن يكون سياق الأحداث المقترح فى جدول ( ١ – ٣ ) أساسا مفيدا لعمل فحوص نوعية عن الظواهر ذاتها فى مجال كل واحدة من المشاكل على حدة ، وبالنسبة للسلوك القهرى يجب فحص الوقت الذى تستغرقه الطقوس ، وعدد المرات التى تتكرر بها ، ويجب بالمثل تقييم درجة الإعاقة فى مجالات الحياة المختلفة ، مثل: العمل ، ووقت الفراغ ، والأسرة ، والسلوك الجنسى ، كما يُعد دور القلق / عدم الراحة جانبا مهما يؤثر فى العلاج . ما الذى يؤدى إلى عدم القلق / وعدم الراحة ؟ ما النشاط القهرى – إذا وجد هذا النشاط – الذى يخفض من القلق وعدم الراحة ، هل يعتقد المريض أنه دون القيام بالسلوك

القهرى ستحدث بعض المترتبات غير السارة ؟ وتشير نتائج فوا (1979) Foa إلى الحاجة لفحص قوة وساوس المريض أو المعتقدات الوسواسية المرتبطة ، وما إذا كانت هناك أساليب أخرى يستطيع المريض أن يخفض بها القلق ، كأن يطلب تأكيدات من أفراد الأسرة ، أو أن يجد شخصاً آخراً يقوم ببعض المراجعات بدلا منه ، كما توجد حاجة لفحص كامل لطبيعة التجنب ومداه بالقدر نفسه ، الذى توجد به حاجة لفحص وجود أو غياب مثيرات محددة ، كما يتعين القيام بقياس الحالة المزاجية باستخدام مقياس بسيط للاكتئاب (انظر الفصل الخامس ) ، كما يتعين كذلك فحص تأثيرات الحالة المزاجية على الوساوس/ الأفعال القهرية أو العكس ( انظر ص ٧٢ – ٧٣ ) . ويجب الكشف بالتفصيل عن الصلة القائمة بين المنبهات والمواقف ، التى تسبب المشكلات أو التى تؤدى إلى التجنب ، ويتعين وضع قائمة بهذه المواقف ، تتدرج من حيث مقدار عدم الراحة التى تستثيرها كما يقدرها المريض لنفسه ( انظر ص ٦٨ ) ويشبه ذلك إلى حد كبير تدرج المخاوف ، الذى يستخدم مع مرضى المخاوف فى التسكين المنظم ; Wolpe , 1958 ) 1991 ) بمعنى أن تتضمن هذه القائمة المواقف المنفرة ذات الخصائص الأساسية ، التى تؤدى إلى إثارة عدم الراحة ( مثال ذلك التلوث ) . ويفضل هذا الأسلوب بصفة عامة عن وضع سلسلة دقيقة التدرج لأحداث مختلفة ، من حيث درجة صلتها بالمنبه الرئيسى المثير للمشكلة سواء فى المكان أو الزمان .

ودائماً ما يلاحظ فى موقف المقابلة الأكلينيكية التقييمية أن المريض لا ينظر الى المشكلة عن قرب؛ بمعنى النظر إلى البيانات ذات القيمة الأكلينيكية ، وبالتالى فهو لا يتطوع من تلقاء نفسه بإعطاء التفاصيل مالم يُسأل ، لذا فإن الأسئلة الدقيقة والحث يصبحان ضروريين ، وأحياناً ما يتعين سؤال المريض أن يسجل يومياته ( انظر ص ٦٨ – ٦٩ ) لكى يتمكن من تقديم التفاصيل المطلوبة .

## التمايز عن الاضطرابات الأخرى .

يفترض أن المرضى الذين يحولون إلى الأخصائى النفسى الأكلينيكى لتقييمهم سبق أن أُجرى لهم فحص سابق ، وعلى الرغم من ذلك ، فليس من غير المعتاد تماما أن يحول مرضى لديهم أعراض مشابهة للوساوس أو مشابه للأعراض القهرية ، تنتج عن أمراض أخرى ، وعلى أى الأحوال ، فالأمر يستحق أن نتذكر بعض الملامح المميزة لظواهر ، يبدو بوضوح أنها مشابهة فى حالات أخرى ، ووفقا لراخمان وهيدجسون (1980) Rachman and Hudgson يمكن تلخيصها فى الآتى :

١ – فى الفصام : تعزى الأفكار المقتحمة وغيرها لمصادر خارجية ، وهى ليست بالضرورة مجافية للأنا (١) ولا تعتبر غير محسوسة ، وعموماً لا تقاوم .

٢ – فى حالات العجز العضوى (٢) تكون الأفكار المتكررة أو الأفعال التى تفتقد المضمون العقلانى والغرضية ذات خصائص ميكانيكية أو بدائية أو الخاصيتين معاً ، ويصعب تماما أن يشكل السلوك النمطى فى التخلف العقلى الحاد ، وكذلك الاستجابات التكرارية فى زملة جيل دى لا تورت (٣) مشكلة فى التشخيص المقارن . وتتوفر مناقشة جيدة للتشخيص الفارق فى راسموسين وايزن (1992) Rasmussen and Eisen .

(1) Ego-dystonic
(2) Organic impairment
(3) Gilles de la tourtte
(4) Key Informants

### الإخباريون الجوهريون

تساعد مقابلة شخصية جوهرية أو مهمة فى حياة المريض ، وعادة ما تكون أحد الوالدين أو الزوج على الحصول على تقييم مكمل ، ذى قيمة كبيرة للمشكلات القائمة ، مثل : الوقت المستهلك فى الطقوس ، وعدد المرات التى تتكرر فيها الطقوس يوميا ، والمواقف المعينة والمثيرات التى تستثير السلوك المشكل ، درجة أو مدى التجنب أو السعى للتأكيد لدى المريض ، ودرجة انشغال الاسرة بذلك ومدى تأثرها بمشكلات المريض الوسواسية القهرية ، ويمكن عادة توضيح كل ذلك بواسطة مثل هذا الإخبارى . وربما يمكن بالقدر نفسه من الأهمية توضيح دور الأسرة فى استمرار مشكلات المريض وتعزيزها ، والمثال الأكلينيكى التعليمى التالى وإن كان متطرفا إلا أنه يوضح هذه النقطة .

حولت مريضة فى السابعة عشر من عمرها بشكوى من مخاوف تلوث حادة وطقوس تنظيف واغتسال مرتبطة بمخاوفها ، وكان تركيزها الأساسى على صديق أختها الكبرى بأعتباره مصدر للتلوث ، وكانت تشعر بالحزن إذا حدث أن لمست أى شيء قام بلمسه ، حيث يترتب على ذلك انخراطها فى طقوس اغتسال مكثفة . ولم يكن الوالدين موافقين على صديق أختها هذا لعدة أسباب ، إلا أنهم لم يصرحوا بعدم موافقتهم هذه لابنتهم ، وذكروا أن فتياتهم كباراً بالدرجة التى تجعلهن يتخذن قراراتهن بأنفسهن ، وانهن أحرار فى إحضار أى شخص يرغبن فى إحضاره إلى البيت ، إلا أن عدم تحمل الأخت الصغرى لبقاء صديق أختها معهم في البيت ، خلال عطلات نهايات الأسبوع كان مبرراً كافيًا للوالدين لإبعاد هذا الشاب.

### التقارير اليومية / اليوميات

هناك أسلوب شديد البساطة للتقييم ، هو أن نطلب من المريض كتابة يومياته عن الأحداث المعرفية والسلوكية ذات الصلة بحالته ، على أن يسجل تفاصيل على امتداد الزمن والمواقف وغيرها ، ولهذا الأسلوب قيمة كبيرة على وجه الخصوص كمصدر للمعلومات الاساسية . وهناك كثيرون من مرضى الوسواس القهرى يحتفظون بيوميات تفصيلية دقيقة ، عندما يطلب منهم ، ولتجنب الغرق فى مئات الصفحات قد يوفر الفاحص للمريض نموذجًا محدداً للكتابة فيه ، يتركز حول قليل من العناوين ذات العلاقة ويقدم جدول ( ٢ - ٣ ) مثال لصحيفة التسجيل اليومية ، وأى شكل مفيد لعدد تكرارات الاحداث يمكن أن يكون إضافة مفيدة .

## جـــدول رقم ٢ – ٣
## نمـوذج لصحـيفة التسـجيل اليومـية

التاريخ :　　　　　　　　الهدف [١] :

| الوقـــت | التكرار [٢] | أعلي درجة من عدم الراحة [٣] | أعلى إلحاح قهرى [٤] | تفاصيل وتعليقات [٥] |
|---|---|---|---|---|
| قبل ٧ صباحا | | | | |
| من ٧ – ١٠ صباحا | | | | |
| من ١٠ – ١ بعد الظهر | | | | |
| من ١ – ٤ مساء | | | | |
| من ٤ – ٧ مساء | | | | |
| من ٧ – ١٠ مساء | | | | |
| بعد ١٠ مساء | | | | |

## الاستخبارات والبطاريات ومقاييس التقدير

يتوفر العديد من الاستخبارات والبطاريات لتقدير هؤلاء المرضى ، وليس القصد منها أن تكون بديلاً عن التقييم الأكلينيكى ، فهى تكمل التقدير الاكلينيكى وتقدم أيضاً بيانات كمية .

### بطارية ليتون للوسـواس

بطارية ليتون للوسواس [٦] ( Cooper , 1970 ) واحدة من أقدم وأشهر الأدوات ، وهى مقننة على أسوياء ومرضى وسواسيين قهريين ، وهى تميز جيداً بين المجموعتين ( Cooper and Kelleher , 1973 ; Murray et al ., 1979 ) وهى تتكون من تسعة وستين بنداً ، يتعلق أربعون منها بأعراض الوسواس القهرى ، والبقية بسمات الشخصية الوسواسية ، والأسئلة مطبوعة على بطاقات منفصلة ، وعلى المريض أن يضع كل بطاقة فى أحد صندوقى الإجابة « نعم » أو « لا » . والتساؤل حول بعض البطاقات مطلوب

(١) الوسواس أو السلوك القهري موضوع الملاحظة .
(٢) عدد مرات حدوثه في كل فترة زمنية .
(٣) ، (٤) بأستخدام مقياس تقدير من صفر – ١٠ لأعلي درجة من عدم الراحة ، خلال الفترة الزمنية ، وأعلى إلحاح قهرى .
(٥) تفاصيل حول ماحدث ، متي وأين ما الذي أثار الاحساس ، الفترة التي استغرقها ، عدد مرأت تكرار السلوك ... الخ لأعلى واقعة
(6) Leyton obessional Inventory.

بهدف اشتقاق درجة المقاومة والتدخل . ويمكن الحصول من الاختبار على درجة كلية للعرض المرضى ودرجة للسمة ودرجة للمقاومة والتدخل ، وتقيس درجة المقاومة حدة الأعراض لا شمولها ، وتقيس درجة التدخل الإعاقة الناتجة عن الأعراض ، وعلى أى الأحوال فهذه الدرجات غير مستقلة عن درجة العرض .

وبطارية ليتون للوسواس ليست مقنعة للغاية للاستخدام الأكلينيكى الروتينى ؛ نتيجة لما تتطلبه من وقت طويل ، بالإضافة إلى أن تصنيف البنود فى فئتى السمة والأعراض يبدو تحكميا إلى حد ما . ويتوفر لهذه الأداة صورة من ورقة وقلم مختصرة ( Allen and Tune , 1975 ; Snowdon , 1980 )

## قائمة الانشطة القهرية (١) :

تستخدم هذه الأداة لكل من التقدير الذاتى بواسطة المريض لنفسه وللتقدير الذاتى الذى يقوم به المعالج ( Marks et al. , 1977 ) ، وهى تتضمن ثمانية وثلاثين نشاطا محددا ( مثال ذلك : الاستحمام أو أخذ دش ، لمس مقابض الأبواب ) ويقدر كل نشاط على متصل من أربع درجات للشدة من صفر ( لا توجد مشكلة ) إلى ٣ ( غير قادر على إكمال النشاط أو محاولة القيام به ) ويتم الحصول على درجة كلية ، من خلال جمع درجات الفرد على البنود ، والمهم فى الأمر هو تحديد الأنشطة التى تتسبب فى صعوبات حقيقية للمريض ، وقد صدرت حديثاً تقارير عن صورة مختصرة لهذا المقياس ( Steketee and Freund , 1993 ).

## بطارية المودزلى للوسواس القهرى (٢) :

وهى بطارية سهلة وسريعة التطبيق وهى تتكون من ثلاثين بندا يجاب عن كل منها بصواب أو خطأ ( Hodgson and Rachman , 1977 ; Rachman and Hodgson , 1980 ) بالإضافة إلى درجة إجمالية للوسواس ، وهى توفر اربع درجات فرعية : المراجعة ، الاغتسال ، والتنظيف ، البطء / التكرار ، الشكوك / رقابة الضمير . ولسوء الحظ لا يوجد فى البطارية إلا بندين فقط يغطيان الافكار ( الوسواسية) كما أنها لا تقيس درجة العجز والحدة مقابل انتشار المشكلة ، وعلى أى الأحوال فإنها تميز بين المرضى الوسواسيين القهريين وبقية العصابيين ، وبصفة عامة .. فإن بطارية المودزلى للوسواس القهرى أداة مفيده وسهلة الاستخدام ، ويمكن تضمينها بسهولة فى إجراءات التقييم الروتينى ، وهى مفيدة على وجه الخصوص فى مراقبة التغيرات التى تحدث مع العلاج ، وهى مرفقة كملحق لهذا الفصل .

## بطارية بادوا Padua

وهى بطارية صممت حديثاً فى إيطاليا ( Sanavio, 1988 ) ، وهى تتضمن ستين بندا ، وتستخدم متصل إجابة من خمس نقاط ، وهى مصممة لتقييم المدى الأكلينيكى للوساوس والسلوك القهرى .

## مقياس يل - براون للوسواس القهرى (٣)

وهو مقياس لتقديرات الملاحظة يحتوى على عشرة بنود يقيم كل منها على متصل من صفر - ٤، ويركز خمسة من هذه البنود على الوساوس والخمسة الآخرين على الأفعال القهرية والدرجة الكلية القصوى ٤٠ . وقد حظيت هذه الأداة بشعبية سريعة بين الأخصائيين الأكلينيكيين فى الولايات المتحدة ( Goodman et al ., 1989 ) .

---

(1) Compulsive Activity Checklist .
(2) Moudsley Obessional - Compulsive Inventory .
(3) Yale - Brown obessive - Compulsive scale .

## التقييم النفسى الفسيولوجى (١)

استخدمت المقاييس النفسية الفسيولوجية ، مثل : معدل ضربات القلب وسرعة النبض والتوصيل الكهربائى للجلد فى عدد قليل من الدراسات لظواهر الوسواس القهرى ( مثال ذلك Boulougouris et al. , 1977; Grayson et al , 1980 ; Kozak et al ., 1988 b) ، غير أنه لا تتوفر دلائل كافية للتوصية بأستخدام هذه المقاييس فى التقدير الأكلينيكى الروتينى . كما يدور جدل حول الحاجة للحذر فى استخدام وتفسير هذه المقاييس (Salkovskis, 1990)

## الاختبارات السلوكية

ربما تكون اختبارات الأداء السلوكى أكثر أساليب القياس المباشرة المتاحة الآن ، والمفيدة فى الوقت نفسه . ويمكن استخدام الاختبارات السلوكية البسيطة فى جلسة المقابلة الأكلينيكية ، مثال ذلك سؤال المريض أن يلمس شيئًا ملوثًا وملاحظة رد فعله ودرجة التجنب ، والحصول على تقدير ذاتى لعدم الراحة والحاح الاغتسال (انظر مايلى ) ويمكن تطبيق ذلك بالنسبة لبعض المشكلات المختارة والتى عادة ما تكون هى المشكلات التى تسبب أكبر صعوبة للمريض ، وتحاول الاختبارات السلوكية ذات البنية والتصميم الأفضل توفير عينة من المشكلات ذات العلاقة بالحالة بصورة أفضل (مثال ذلك Steketee and Foa, 1985) ومثل هذا القياس القائم على تخطيط سيوفر ، بشكل مثالى ، إمكانية التناول النظامى لعديد من المتغيرات ، بما فى ذلك وجود أو غياب الحافز الوسواسى ، والحوافز المختلفة ، وسهولة الانخراط فى سلوك قهرى ، وجود الأسرة أو غيابها وهكذا . وعلى الرغم من ذلك يتعين تذكر أن درجة المشكلات الوسواسية القهرية أميل للانخفاض دائمًا فى البيئات الجديدة ، وبالتالى قد لا تبدو على المريض الذى يعانى من أثار دائمة وحادة ، الأعراض الواردة فى تقاريره ، خلال الأيام القليلة التالية لإقامته فى المستشفى .

## الملاحظة الطبيعية

يمكن أن تُلقى ملاحظة المريض فى البيئة الطبيعية ضوءاً له قيمته على طبيعة مشكلاته ، إلا أن هذا الأمر يبدو صعبًا فى المعتاد عند التطبيق . وعلى أى الأحوال ، إذا كانت هناك مشكلات فى مواقف محددة (مثل الإفراط فى المراجعة أثناء العمل ، تجنب أى اتصال مع الناس فى وسائل النقل العام ) فإن الملاحظة المباشرة بواسطة المقيّم فى الموقف المستهدف يمكن وضعها في الاعتبار بشكل جاد ، أما الأكثر اعتياداً فهو الاعتماد على المريض والإخبارى فى توفير التفاصيل ، حول ما يحدث فى مثل هذه المواقف .

## التقدير الذاتى

يتعين أن يطلب من المريض فى الأختبارات السلوكية ، كما يحدث تماما فى المقابلة التقييمية ، وفى تسجيل اليوميات أن يقوم بتقييم استجاباته الذاتية (Rachman and Hodgson, 1980; Salkovskis, 1990) وأستخدام مقياس من صفر إلى ١٠٠ مشابه لترمومتر الخاوف (٢) يعد مقياسا سهلا نسبيا للاستخدام لهذه الأغراض ، ويستخدم بعض الأخصائيين الأكلينيكين مقياسا من صفر إلى

(1) Psychophysiological
(2) Fear Thermometer

٨ . (مثال ذلك : Marks, et al.., 1977) ويقوم المريض بتقييم شعوره بعدم الراحة (وهى كلمة تبدو طبيعية أكثر من كلمة القلق (١) ) ، وكذلك قوة إلحاح الانخراط فى سلوك قهرى ، إذا ما كان هذا جزءاً من مشكلته. وعلى الرغم من مشكلات الثبات والصدق ، فإن مقاييس التقدير الذاتى البسيطة هى مما يسهل تعليم المرضى كيفية استخدامها ، ويضاف بها بُعد مفيد للتقارير اللفظية البحتة . وتقديرات عدم الراحة مفيدة على وجه الخصوص فى إعداد مدرج (هيراركى ) للمواقف الصعبة (انظر ص ٨٧) .

## مشكلات خاصة

### غياب الظواهر المكشوفة

يتعين فى الحالات التى تكون فيها المشكلة الغالبة ظاهرة معرفية ، بمعنى عدم وجود أعراض خارجية ، العناية بصفة خاصة بتقدير المشكلة ، فبينما كانت الأدوات والأساليب الأساسية التى سبق وصفها تتعلق كلها بالمشكلة .. إلا أنه يتعين القيام بفحص خاص للطقوس المضمرة . فالمهام التى يؤديها المريض فى مثل هذه الحالات قد تتضمن القيام بوساوس بناء على تعليمات . وبالتالى يمكن تسجيل ردود الفعل بتعبيرات عدم الراحة ، وإلحاح الطقوس .. إلخ ، ويتعين القيام بتسجيل حرفى للوساوس والأفعال القهرية المضمرة ، كما يتعين تسجيل الشكل الحقيقى الذى تتخذه الوساوس – أى سواء كانت أفكاراً أو صوَرا أو أفعاًلا قهرية . (de silva, 1986) ويوجد فى سالكوفسكس Salkovskis (1990) عدد من الأبعادالإضافية المفيدة فى تقييم الظاهرة .

### البطء الأولى

إذا كانت مشكلة المريض هى البطء الأولى ، فيتعين توجيه اهتمام خاص للوقت المنفق فى الأنشطة المختلفة من يوم لآخر ، وعلى وجه الخصوص الوقت المنفق فى عناية المريض بنفسه ، كما يجب أيضا استنباط وملاحظة نظام تتابع سلوكه ، وأن تتضمن الاختبارات السلوكية قيام المريض بأنشطة العناية بالذات أو الأنشطة الأخرى المتعلقة بها .

### الاكتئاب

سبق الإشارة فى القسم الخاص بالتقييم خلال المقابلة إلى أن الحالة المزاجية للمريض تحتاج للتقييم ، وذلك لوجود علاقة بين الاكتئاب والوسواس القهرى . ومن المعروف جيدا أنه عندما يكون المريض مكتئبا اكتئابا حقيقيا فإن الوساوس والافعال القهرية تصبح أسوأ . (Rachman and Hodgson, 1980) بالاضافة إلى هذا فإن الوساوس شائعة فى مرض الاكتئاب كخاصية ثانوية (de Silva and Rachman,. 1992; Zohar and Insel, 1987) .

اعتبار آخر على صلة بهذا الأمر ، هو أن مرضى الوسواس القهرى أقل ميلا للاستجابة للعلاج، عندما يكونون مكتئبين بقدر جوهرى (Foa, 1979) ، وفى ضوء هذه العلاقة بين اضطراب الوسواس القهرى والأكتئاب فإن الفحص الدقيق للحالة المزاجية يعد جانبا جوهريا فى فحص المرضى المتقدمين بأعراض وسواسية قهرية .

---

(1) Anxiety

## العوامل المعــرفية

ذكر بعض المؤلفين أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية فى أضطراب الوسواس القهرى . فيأخذ ريد (1985) Read على سبيل المثال جانب وجهة النظر القائلة أن اضطراب الوسواس القهرى ما هو إلا مظهر لنمط معرفى معين (انظر أيضا Read, 1991) وقدم سالكوفسكس Salkoviskis (1985) تحليلاً للمشكلات الوسواسية القهرية فى إطار مفهوم بيك Beck عن الأفكار الآلية السلبية (مثال ذلك Beck, 1976) . وعلى أى الأحوال فلا توجد دلائل مقنعة فى الوقت الراهن على هذه النماذج المعرفية لمشكلات الوســواس القهرى أو غيرها . وتوجـد مناقشـــة كاملة لهذا الموضـــوع فى دى سيلفا de Silva (1992) .

## الجوانب البيولوجية والنفس عصبية (١)

قـام عدد من الباحثين بالنظر فى الأسس البيولوجية لاضطراب الوسواس القهرى ، وظهرت دعاوى كثيرة . وقد اقترح البعض ، استشهاداً بدلائل من أسلوب الصور العقلية ، أن عدم السواء فى الفص الجبهى (٢) والعـقـد القـاعـدية (٣) قد يكون مسئولا (مثال ذلك Malloy, 1987; Wise and Rapoport, 1989) والدلائل الحديثة على دوره فى تكوين اضطراب الوسواس القهرى هو على اقل تقدير من الامور غير الواضحة. وهناك علاقة محدودة للغاية بين هذه الاعتبارات والتقييم الأكلينيكى لهذا الاضطراب فى الوقت الراهن . وقد ظهرت فى الأعوام الأخيرة دعاوى قوية عن أن موصلاً عصبياً (٤) هو حمض السيرتونين الأمينى (٥) ، قد يكون له دخل فى هذا الاضطراب ، وقد أظهرت عقاقير معينة ذات تأثير على السيرتونين أن تأثيراتها محدود على المرضى بهذا الاضطراب (مثال ذلك : Cobb, 1992) وعلى أى الأحوال ، فالدلائل الحالية على دور سببى مباشر للسيرتونين ، أو أى عنصر آخر فى اضطراب الوسواس القهرى غير مقنعة . ولا شك أن المزيد من الضوء سيتم إلقاؤه على هذه القضايا ببحوث تالية .

## خلاصة وتعليقات

غنى عن البيان أن حزمة القياس والتقييم التى يستخدمها الأخصائى النفسى مع أى مريض ستعتمد على طبيعة المشكلة القائمة وظروفها . وقد حاولت الأجزاء السابقة الإشارة إلى أى أنواع المقاييس الأساسية متاحة لتقييم الوساوس والسلوك القهرى . ويتضمن التقييم الشامل التقدير الذاتى ، المقابلات مع إخباريين وقياس السلوك ، وبيانات من البيئة الطبيعية للمريض على مدى زمنى طويل ، ويتعين تقديم المزيد من التأكيد على أنواع البيانات ، وعلى وجه الخصوص تلك المتعلقة بالمشكلات النوعية للمريض (مثال ذلك فترة استمرار الوساوس ،عندما تكون الوساوس المعرفية هى المشكلة الرئيسية ، عدد مرات ممارسة الطقوس عندما تكون المشكلة الرئيسية سلوكا قهريا مكشوفا) ، وكذلك البيانات التى تتعلق بالتأثير المباشر على إستراتيجية العلاج التى ستستخدم ، ويهدف التقييم ايضا استنباط بيانات تسمح بقياس التغير الناتج .

(1) Neuropsychological
(2) Frontal Lobe
(3) Basalganglia
(4) Neurotransmitter
(5) Serotonin

## ملحق : بطارية المودزلى للوسواس القهرى (1)

### (أ) البطـــاريـة

تعليمـات : اجب من فضلك على كل سؤال بوضع دائرة حول «صواب» أو «خطأ» على يسار كل سؤال ، لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، كما لا توجد أسئلة خادعة ، أجب بسرعة ولاتفكر فى المعنى الدقيق لكل سؤال .

| | | |
|---|---|---|
| ١ – أتجنب استخدام التليفونات العامة بسبب إمكان تلوثها . | صواب | خطأ |
| ٢ – أتعرض مراراً لأفكار قذرة وأجد صعوبة فى التخلص منها | صواب | خطأ |
| ٣ – يشغلنى موضوع الأمانة أكثر مما يشغل معظم الناس . | صواب | خطأ |
| ٤ – دائماً ما أتأخر لأنه يبدو أننى لا أستطيع إنهاء كل شيء فى وقته | صواب | خطأ |
| ٥ – لا أفرط فى القلق من التلوث إذا لمست حيوانا . | صواب | خطأ |
| ٦ – كثيرا ما أراجع إحكام إغلاق الأشياء (مثل أنابيب أو مواسير الغاز وصنابير الماء والأبواب .. إلخ ) عدة مرات | صواب | خطأ |
| ٧ – لدى ضمير شديد الاستقامة | صواب | خطأ |
| ٨ – أجد أننى حزين فى أغلب الأحيان بسبب أفكار غير سارة ، تتسلل إلى تفكيرى رغم إرادتى . | صواب | خطأ |
| ٩ – لا أفرط فى الانشغال أو القلق ، إذا ارتطمت بشخص ما أثناء السير . | صواب | خطأ |
| ١٠ – عادة ماتكون لدى شكوك حادة حول الأشياء اليومية البسيطة التى أقوم بها | صواب | خطأ |
| ١١ – لم يكن أى من والدى شديد الصرامة معى خلال طفولتى | صواب | خطأ |
| ١٢ – أميل للتأخر فى أداء عملى ؛ لأننى أعيد عمل الأشياء مرات ومرات | صواب | خطأ |
| ١٣ – أستخدم كمية متوسطة من الصابون | صواب | خطأ |
| ١٤ – بعض الأرقام منحوسة بشدة | صواب | خطأ |
| ١٥ – لا أراجع الخطابات مرات ومرات قبل وضعها فى صندوق البريد | صواب | خطأ |
| ١٦ – لا أقضى وقتا طويلا فى ارتداء ملابسى فى الصباح | صواب | خطأ |

(1) The Maudsley Obsessional - Compulsive Inventory .

| | | |
|---|---|---|
| ١٧ – لست مفرط الانشغال بشأن عدم النظافة . | صــواب | خــطــأ |
| ١٨ – إحدى مشكلاتى الأساسية هى اهتمامى الزائد بالتفاصيل | صــواب | خــطــأ |
| ١٩ – أستطيع استخدام دورات المياة النظيفة دون أى تردد | صــواب | خــطــأ |
| ٢٠ – مشكلتى الكبرى هى تكرار التأكد والمراجعة | صــواب | خــطــأ |
| ٢١ – لست مفرط الانشغال بالجراثيم والأمراض | صــواب | خــطــأ |
| ٢٢ – لا أميل لمراجعة الأشياء أكثر من مرة واحدة | صــواب | خــطــأ |
| ٢٣ – لا ألتزم بنظام روتينى شديد الصرامة ، عند قيامى بعمل الأشياء العادية | صــواب | خــطــأ |
| ٢٤ – لا أشعر باتساخ يدى بعد لمس النقود | صــواب | خــطــأ |
| ٢٥ – لا أقوم عادة بالعد عند قيامى بعمل معتاد | صــواب | خــطــأ |
| ٢٦ – أستغرق وقتا طويلا بالفعل لاستكمال اغتسالى صباحا | صــواب | خــطــأ |
| ٢٧ – لا أستخدم قدرا كبيرا من المواد المطهرة | صــواب | خــطــأ |
| ٢٨ – استهلك مقداراً كبيرا من المواد المطهرة | صــواب | خــطــأ |
| ٢٩ – تعليق وتطبيق ملابسى مساء لا يأخذ منى وقتا طويلا | صــواب | خــطــأ |
| ٣٠ – حتى عندما أقوم بعمل شيء ما بعناية شديدة ، فإننى أشعر دائما أننى لم أقم به على الوجه الأكمل . | صــواب | خــطــأ |

## ب - مفتاح التصحيح

أمنح درجة عندما تطابق الإجابة ما يوجد فى المفتاح ، وصفراً إذا لم تتطابق ، والدرجة القصوى مبينة أسفل المفتاح . وهناك بندان فقط (أرقام ٢ ، ٥) مشبعان على التأمل واجترار الأفكار ، لهذا فهما لايصحبان منفصلين .

| | درجة الوساوس الكلية | المراجعة | التنظيف | البطء والتكرار | الشك وإلحاح الضمير |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | صواب | — | صواب | — | — |
| ٢ | صواب | صواب | — | خطأ | — |
| ٣ | صواب | — | — | — | صواب |
| ٤ | صواب | — | صواب | صواب | — |
| ٥ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ٦ | صواب | صواب | — | — | — |
| ٧ | صواب | — | — | — | صواب |
| ٨ | صواب | صواب | — | خطأ | — |
| ٩ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ١٠ | صواب | — | — | — | صواب |
| ١١ | خطأ | — | — | — | خطأ |
| ١٢ | صواب | — | — | — | صواب |
| ١٣ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ١٤ | صواب | صواب | — | — | — |
| ١٥ | خطأ | خطأ | — | — | — |
| ١٦ | خطأ | — | — | خطأ | — |
| ١٧ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ١٨ | صواب | — | — | — | صواب |
| ١٩ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ٢٠ | صواب | صواب | — | — | — |
| ٢١ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ٢٢ | خطأ | خطأ | — | — | — |
| ٢٣ | خطأ | — | — | خطأ | — |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ٢٤ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ٢٥ | خطأ | — | — | خطأ | — |
| ٢٦ | صواب | صواب | صواب | — | — |
| ٢٧ | خطأ | — | خطأ | — | — |
| ٢٨ | صواب | صواب | — | — | — |
| ٢٩ | خطأ | — | — | خطأ | — |
| ٣٠ | صواب | — | — | — | صواب |
| | ٣٠ | ٩ | ١١ | ٧ | ٧ |

منشور بتصريح خاص

## References


Akhtar, S., Wig, N. H., Varma, V. K., Pershad, D. and Verma, S. K. (1975) 'A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Psychiatry* 127: 342–48.

Allen, J. J. and Tune, G. S. (1975) 'The Lynfield Obsessional-Compulsive Questionnaire', *Scottish Medical Journal* 20: 21–4.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edn Revised*, Washington DC: American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beech, H. R. (1971) 'Ritualistic activity in obsessional patients', *Journal of Psychosomatic Research* 15: 417–22.

Bilsbury, C. and Morley, S. (1979) 'Obsessional slowness: a meticulous replication', *Behaviour Research and Therapy* 17: 405–8.

Boulougouris, J. C., Rabavilas, A. D. and Stefanis, C. (1977) 'Psychophysiological responses in obsessive-compulsive patients', *Behaviour Research and Therapy* 15: 221–30.

Cobb, J. J. (1992) 'Serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: What is their therapeutic role?' in K. Hawton and P. Cowen (eds) *Practical Problems in Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Cooper, J. (1970) 'The Leyton Obsessional Inventory', *Psychological Medicine* 1: 48–64.

Cooper, J. and Kelleher, M. (1973) 'The Leyton Obsessional Inventory: a principal component analysis on normal subjects', *Psychological Medicine* 3: 204–8.

de Silva, P. (1986) 'Obsessional-compulsive imagery', *Behaviour Research and Therapy* 24: 333–50.

de Silva, P. (1988) 'Obsessive-compulsive disorder', in E. Miller and P. J. Cooper (eds) *Adult Abnormal Psychology*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

de Silva, P. (1992) 'Obsessive-compulsive disorder', in L. A. Champion and M. Power (eds) *Adult Psychological Problems: An Introduction*, London: Falmer Press.

de Silva, P. and Rachman, S. (1992) *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, Oxford: Oxford University Press.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. and Scholing, A. (1992) *Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide*, Chichester: Wiley.

Foa, E. B. (1979) 'Failure in treating obsessive-compulsives', *Behaviour Research and Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Tillmanns, A. (1980) 'The treatment of obsessive-compulsive neurosis', in A. Goldstein and E. B. Foa (eds) *Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide*, New York: Wiley.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. and Charney, D. S. (1989) 'Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Part I: Development, use and reliability', *Archives of General Psychiatry* 46: 1006–11.

Grayson, J. B., Nutter, G. and Mavissakalian, M. (1980) 'Psychophysiological assessment of imagery in obsessive-compulsives: A pilot study', *Behaviour Research and Therapy* 18: 580–93.

Hodgson, R. J. and Rachman, S. (1977) 'Obsessional-compulsive complaints', *Behaviour Research and Therapy* 15: 389–95.

Kanfer, R. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy – Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. and Burnham, A. (1988) 'The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities', *Archives of General Psychiatry* 45: 1094–99.

Khanna, S. and Channabasavanna, S. M. (1988) 'Phenomenology of obsessions in obsessive-

Kozak, M. J., Foa, E. B. and McCarthy, P. R. (1988a) 'Obsessive-compulsive disorder', in C. G. Last and M. Hersen (eds) *Handbook of Anxiety Disorders*, New York: Pergamon.

Kozak, M. J., Foa, E. B. and Steketee, G. S. (1988b) 'Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing', *Behavior Therapy* 19: 157–69.

Lewis, A. J. (1936) 'Problems of obsessional illness', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 29: 325–36.

Malloy, P. (1987) 'Frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder', in E. Perecman (ed.) *The Frontal Lobe Revisited*, New York: IRBN Press.

Marks, I. M., Hallam, R. S., Connolly, J. and Philpott, R. (1977) *Nursing in Behavioural Psychotherapy*, London: Royal College of Nursing.

Murray, R. M., Cooper, J. E. and Smith, A. (1979) 'The Leyton Obsessional Inventory: an analysis of the responses of 73 obsessional patients', *Psychological Medicine* 9: 305–11.

Pollack, J. M. (1979) 'Obsessive-compulsive personality: a review', *Psychological Bulletin* 86: 225–41.

Rachman, S. (1974) 'Primary obsessional slowness', *Behaviour Research and Therapy* 11: 463–71.

Rachman, S. and de Silva, P. (1978) 'Abnormal and normal obsessions', *Behaviour Research and Therapy* 16: 233–48.

Rachman, S. and Hodgson, R. J. (1980) *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rasmussen, S. A. and Eisen, J. L. (1992) 'The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder', *Journal of Clinical Psychiatry* 53(4) Supplement: 4–10.

Rasmussen, S. A. and Tsuang, M. T. (1986) 'Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorders', *American Journal of Psychiatry* 143: 317–22.

Reed, G. (1985) *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour*, London: Academic Press.

Reed, G. (1991) 'The cognitive characteristics of obsessional disorder', in P. A. Magaro (ed.) *Cognitive Bases of Mental Disorders*, Newbury Park: Sage.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Greenberg, E., Burke, J. D. Jr and Regier, D. A. (1984) 'Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders at three sites', *Archives of General Psychiatry* 41: 949–58.

Salkovskis, P. M. (1985) 'Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis', *Behaviour Research and Therapy* 23: 571–83.

Salkovskis, P. M. (1990) 'Obsessions, compulsions and intrusive cognitions', in D. F. Peck and C. M. Shapiro (eds) *Measuring Human Problems: A Practical Guide*, Chichester: Wiley.

Salkovskis, P. M. and Harrison, J. (1984) 'Abnormal and normal obsessions: A replication', *Behaviour Research and Therapy* 22: 549–52.

Sanavio, E. (1988) 'Obsessions and compulsions: The Padua Inventory', *Behaviour Research and Therapy* 26: 169–77.

Snowdon, J. A. (1980) 'A comparison of written and postbox forms of the Leyton Obsessional Inventory', *Psychological Medicine* 10: 165–70.

Steketee, G. S. and Foa, E. B. (1985) 'Obsessive-compulsive disorder', in D. H. Barlow (ed.) *Handbook of Psychological Disorders*, New York: Guilford Press.

Steketee, G. S. and Freund, B. (1993) 'Cognitive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analysis and revision', *Behavioural Psychotherapy* 21: 13–25.

Stern, R. S. and Cobb, J. (1978) 'Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Psychiatry* 132: 233–9.

Turner, S. M. and Beidel, D. C. (1988) *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: Pergamon.

Wise, S. P. and Rapoport, J. L. (1989) 'Obsessive-compulsive disorder: Is it a basal ganglia dysfunction?', in J. L. Rapoport (ed.) *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wolpe, J. R. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. R. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon Press.

Zohar, J. and Insel, T. R. (1987) 'Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology', *Biological Psychiatry* 22: 667–87.